

# VD\_GERICHTE ZD22.036657 vom 6. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.036657](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.036657)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.036657 du 6 mai 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD22.036657 del 6 maggio 2025

## Erwägungen

### E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

- 11 - d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA). c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGGA, si entre la dernière décision de suppression de la rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes

- 12 - au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 467 consid. 4.1 ; 133 V 108). d) Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 467 consid. 4.1 ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à

l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 467 consid. 4.1 ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les références citées).

#### **E. 4.3**

et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

- 15 -

#### **E. 5**

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

- 13 - des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient

bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 5.1).

## **E. 6**

a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne

- 14 - assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

## **E. 7**

Les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de la demande de prestations déposée le 11 août 2007 ont mis en évidence des troubles somatiques, à savoir un status après lymphome de Hodgkin en rémission complète (cf. rapport de la Dre P. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2009), et psychiques, ces derniers ayant motivé une expertise psychiatrique auprès du Dr F. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 7 mai 2010, ce médecin a relevé que l'assurée avait interrompu son suivi auprès du Centre S. \_\_\_\_\_ de W. \_\_\_\_\_ et qu'elle ne prenait aucun traitement psychotrope. De plus, ses problèmes de santé somatique l'avaient confrontée à la mort, ce qui lui avait permis d'acquérir une plus grande maturité ; de ce fait, elle était plus apte à discuter de ses difficultés avec autrui et maîtrisait mieux son impulsivité. La labilité émotionnelle était moindre et il n'y avait plus d'attaque de panique, ni d'agoraphobie, interférant de façon cliniquement significative dans son existence quotidienne. Elle gérait mieux ses angoisses et il n'y avait pas d'indices en faveur d'un abus d'alcool. Tout au plus l'expert a-t-il pu noter une légère dysthymie ; celle-ci était toutefois sans véritable conséquence sur le fonctionnement extra-professionnel de l'assurée, puisque celle-ci assumait parfaitement son rôle de mère, de même qu'elle s'occupait des tâches ménagères et planifiait les activités du week-end. Aussi n'y avait-il plus de justification pour une diminution de la capacité de travail, laquelle était supérieure à 75 %. Compte tenu

du fait que la reprise d'une activité professionnelle paraissait inenvisageable aux yeux du Dr R. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 14 juillet 2011), l'OAI-FR a demandé au Dr F. \_\_\_\_\_ de se prononcer sur les éléments communiqués par son confrère. Dans son rapport du 8 novembre 2011, il a exclu tout diagnostic incapacitant, retenant, sur la base de son examen clinique, un trouble panique avec une agoraphobie subclinique à légère, voire une dysthymie chez une personnalité présentant des traits immatures de type état limite. Si l'état de santé de l'assurée s'était légèrement aggravé au mois de janvier 2011 en raison de l'interruption de projets médiatiques à la demande de son ex-époux, l'évolution globale, caractérisée par une maturation progressive encourageante, demeurerait largement favorable. Aussi le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a-t-il pu que confirmer les conclusions de l'examen effectué en 2010, en retenant une capacité de travail supérieure à 75 % dans toute activité potentielle adaptée aux motivations et aux

- 16 - compétences professionnelles de l'intéressée, une reprise du travail à plein temps étant possible ultérieurement. Se fondant sur cette appréciation, l'OAI-FR a, par décision du 14 février 2012, mis un terme au versement du trois quarts de rente servi à l'assurée depuis le 1er juin 2004. En bref, il a considéré que, compte tenu d'une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, l'intéressée ne subissait, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, aucun préjudice économique.

#### **E. 8**

Sur le plan médical, il n'y pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr J. \_\_\_\_\_, d'après lesquelles la recourante dispose, malgré l'évolution de sa situation socio- économique, toujours d'une pleine capacité de travail. a) Le rapport d'expertise du 13 mars 2022, tel que complété le

#### **E. 10**

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Celle-ci est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Elle est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

- 22 -